

Wesselborg, Bärbel

Kooperatives Lernen als didaktischer Ansatz für interprofessionelle

Wittmann, Eveline [Hrsg.]; Frommberger, Dietmar [Hrsg.]; Weyland, Ulrike [Hrsg.]: *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2021*. Opladen; Berlin; Toronto : Verlag Barbara Budrich 2021, S. 53-65. - (Schriftenreihe der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE))



Quellenangabe/ Citation:

Wesselborg, Bärbel: Kooperatives Lernen als didaktischer Ansatz für interprofessionelle - In: Wittmann, Eveline [Hrsg.]; Frommberger, Dietmar [Hrsg.]; Weyland, Ulrike [Hrsg.]: *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2021*. Opladen; Berlin; Toronto : Verlag Barbara Budrich 2021, S. 53-65 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-234076 - DOI: 10.25656/01:23407

<http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-234076>

<http://dx.doi.org/10.25656/01:23407>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<https://www.budrich.de>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen sowie Abwandlungen und Bearbeitungen des Werkes bzw. Inhaltes anfertigen, solange sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen und die daraufhin neu entstandenen Werke bzw. Inhalte nur unter Verwendung von Lizenzbedingungen weitergeben, die mit denen dieses Lizenzvertrags identisch, vergleichbar oder kompatibel sind. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work or its contents in public and alter, transform, or change this work as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. New resulting works or contents must be distributed pursuant to this license or an identical or comparable license.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2021

Eveline Wittmann, Dietmar Frommberger,
Ulrike Weyland (Hrsg.)

Schriftenreihe der
Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik
der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft

DGfE Deutsche Gesellschaft
für Erziehungswissenschaft

Jahrbuch der berufs- und
wirtschaftspädagogischen Forschung 2021

Schriftenreihe der Sektion
Berufs- und Wirtschaftspädagogik
der Deutschen Gesellschaft für
Erziehungswissenschaft (DGfE)

Eveline Wittmann
Dietmar Frommberger
Ulrike Weyland (Hrsg.)

Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2021

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2021

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2021 Dieses Werk ist bei der Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht
unter der Creative Commons Lizenz Attribution-ShareAlike 4.0 International
(CC BY-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung
bei Verwendung der gleichen CC-BY-SA 4.0-Lizenz und unter Angabe der
UrheberInnen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.
www.budrich.de



Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen
Download bereit (<https://doi.org/10.3224/84742560>).
Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen
werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-8474-2560-1 (Paperback)
eISBN 978-3-8474-1707-1 (PDF)
DOI 10.3224/84742560

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de
Typographisches Lektorat: Anja Borkam, Jena – kontakt@lektorat-borkam.de
Druck: docupoint GmbH, Barleben
Printed in Europe

Inhaltsverzeichnis

Forschungserträge und Forschungsperspektiven der Berufs- und Wirtschaftspädagogik	7
<i>Yannik Adam, Johannes K. Schmees, Wilhelm Koschel, David Bardiau, Dietmar Frommberger, Ulrike Weyland und Eveline Wittmann</i>	
Was bleibt? – Reflexionen über die Transformation der Jahrestagung in den virtuellen Raum	11
Teil I: Digitalisierung der Facharbeit	
<i>Martina Thomas und Uwe Elsholz</i>	
Subjektivierung im Arbeitshandeln: Stolperstein oder Chance bei der Digitalisierung in mittelständischen Produktionsunternehmen?	37
Teil II: Kooperation und Kollaboration	
<i>Bärbel Wesselborg</i>	
Kooperatives Lernen als didaktischer Ansatz für interprofessionelle Ausbildungsangebote in den Gesundheitsberufen	53
<i>Jessica Paeßens und Esther Winther</i>	
Kollaboratives Problemlösen in kaufmännischen Geschäftsprozessen – Kollaborationskompetenz fördern und empirisch erfassen	67
Teil III: Berufliche Lehrerbildung	
<i>Tobias Kärner, Caroline Bonnes, Elisabeth Maué, Michael Goller und Vera Schmidt</i>	
Transparenz, Fairness, Vertrauen und Ambivalenz im Vorbereitungsdienst: Entwicklung eines Instruments zur Charakterisierung der professionellen pädagogischen Beziehung zwischen angehenden Lehrpersonen und deren Ausbildungslehrkräften	85
Teil IV: Historische Entwicklungen	
<i>Lena Freidorfer-Kabashi, Jackie Vorpe, Philipp Gonon und Lorenzo Bonoli</i>	
Starke Anteile An- und Ungelernter als Reputationsrisiko der Berufsbildung in der Schweiz. Zur Diskussion von Berufsbildungsreformen in den Jahren von 1950 bis 1970 in Genf und Zürich	107

Ariane Neu

Nicht-universitäre Abiturientenausbildung im Wandel der Zeit —
Eine berufsbildungswissenschaftliche Reflexion 129

Herausgeberschaft 145

Autorinnen und Autoren 145

Kooperatives Lernen als didaktischer Ansatz für interprofessionelle Ausbildungsangebote in den Gesundheitsberufen

Bärbel Wesselborg

1. Problemstellung und Hintergrund

Die interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen¹ erfährt in Deutschland aktuell eine hohe Aufmerksamkeit. Einige Dekaden nach den skandinavischen und angloamerikanischen Ländern kann nun auch im deutschsprachigen Raum eine positive Entwicklung in der Etablierung interprofessioneller Ausbildungsstrukturen in den Gesundheitsberufen beobachtet werden (Cichon & Klapper 2017; Ewers & Schaeffer 2019). Dabei folgen die Bildungsangebote mehrheitlich einem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierten Grundverständnis. Dieses stellt die interprofessionelle Ausbildung als einen Prozess dar, in welchem Angehörige unterschiedlicher Gesundheitsberufe miteinander, von- und übereinander lernen, um ihre Zusammenarbeit und die Gesundheitsversorgung von Patient*innen zu verbessern (WHO 2010; CAIPE 2002). Folglich charakterisiert sich interprofessionelle Ausbildung über die gezielte Bildung heterogener Gruppen mit Lernenden aus verschiedenen Gesundheitsberufen (Freeth 2014).

Hintergrund der Entwicklung ist die Kritik, dass die Gesundheitsberufe durch strikt getrennte Ausbildungswege und mangelnde Berührungspunkte in einem von Hierarchien geprägten System nur unzureichend auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet werden (Frenk et al. 2010; Sottas 2015). Das berufsübergreifende Lernen soll bei der „Überwindung des Silo-Denkens und zur Begünstigung einer hierarchiefreien Zusammenarbeit in Teams“ beitragen (Frenk et al. 2010, 8). Entsprechend zielt interprofessionelle Ausbildung in internationalen Kompetenzmodellen v.a. auf die Entwicklung personaler und interpersonaler Kompetenzen. Dabei stehen, neben dem Kennenlernen der Expertisen der einzelnen Gesundheitsberufe, Kommunikationsfähigkeiten, die Zusammenarbeit im Team und die Reflexion von möglichen Stereotypen in den Gesundheitsberufen (WHO 2010) im Mittelpunkt.

¹ Dem Positionspapier (Walkenhorst et al. 2015) des Ausschusses „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) folgend, werden in dem Begriff ‚Gesundheitsberufe‘ die Berufe in der Medizin, Pflege, Therapie, Diagnostik etc. eingeschlossen.

Das Thema interprofessionelle Zusammenarbeit gewinnt aktuell vor dem Hintergrund der komplexer werdenden Gesundheitsversorgung an Bedeutung. Im Rahmen der demografischen Entwicklung erreicht ein wachsender Anteil der Gesellschaft ein hohes Alter. Dies geht mit epidemiologischen Veränderungen und vor allem Multimorbidität einher und führt zu immer komplexeren Versorgungssituationen (Nowadossek 2020). Zugleich bewirkt der Wissensfortschritt der modernen Medizin eine zunehmende berufliche Differenzierung und es entstehen neue spezialisierte Tätigkeitsbereiche (Densen 2011; Weisz 2006). Dabei sollen die Gesundheitsberufe sektorenübergreifend auf Grundlage einer flexibel auf die individuelle Versorgungssituation abgestimmten Arbeitsteilung in multi- und interprofessionellen Teams zusammenarbeiten (SVR 2007).

Zur Gewährleistung einer patient*innenzentrierten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung erhöhen diese Entwicklungen den Abstimmungsbedarf zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen. Dabei erfordert die koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer hohe kooperative und kommunikative Kompetenzen (SVR 2007; RBS 2011).

Entsprechend fordert der Wissenschaftsrat die Etablierung gemeinsamer Ausbildungsabschnitte in den Gesundheitsberufen, die der Entwicklung von Kooperationskompetenzen dienen sollen (WR 2012). Tatsächlich zeigen erste empirische Erkenntnisse, dass interprofessionelles Lernen die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Berufspraxis, sowie die Behandlung von Patient*innen positiv beeinflussen kann (Kent & Keating 2013; Reeves et al. 2013; 2016).

Auch die gesetzlichen Ausbildungsregelungen der Gesundheitsberufe spiegeln diese Entwicklung wider. So wird im ‚Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin‘ (NKLM) (MFT 2015), der im Sinne eines Kerncurriculums konzipiert wurde, explizit die interprofessionelle Teamarbeit in der Ausbildung von Mediziner*innen thematisiert. Damit wird die Approbationsordnung für Ärzt*innen (ÄApprO) konkretisiert, in welcher die Zusammenarbeit mit allen Berufsangehörigen des Gesundheitswesens ein Lernziel darstellt (§1 Absatz 1 Satz 1 ÄApprO). Ebenso fordert das Pflegeberufegesetz (PflBG) für Pflegefachpersonen als Ausbildungsziel „interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen“ (§5 Absatz 3 Satz 3 PflBG). Entsprechend wurde das Ziel in die Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht aufgenommen, wie u.a. in der curricularen Einheit „Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team“ (Fachkommission 2020).

Im Zuge dieser Entwicklungen sind in Deutschland in den letzten Jahren vielfältige Initiativen und Projekte zur Realisierung interprofessioneller Ausbildung in den Gesundheitsberufen entstanden (u.a. Cichon & Klapper 2017). Als

Herausforderungen werden insbesondere Besonderheiten auf der Meso- und Makroebene beschrieben, die sich durch die Verortung der gesundheitsberufsbildenden Institutionen auf den verschiedenen Ebenen des Bildungssystems ergeben. Hierzu zählen organisatorische Herausforderungen oder die differierten Sozialisationserfahrungen Lernender in Abhängigkeit zu den Lernorten (Medizinische Fakultäten und Auszubildenden von Berufsfachschulen) (Ewers & Schaeffer 2019; Nock 2016).

In den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege stellt die Konzeption und Realisierung interprofessioneller Ausbildungsformate das Berufsbildungspersonal vor neue Herausforderungen. Interprofessionelle Lehr-Lernsituationen werden institutionsübergreifend – in Abhängigkeit der für die Lerneinheit beteiligten Berufsgruppen – von Universitäten und Hochschulen, Ausbildungseinrichtungen des Gesundheitswesens und Berufsfachschulen mit gesundheitsberufsbildenden Ausbildungsgängen durchgeführt.

Grundsätzlich werden die interprofessionellen Bildungsprozesse bisher wenig unter bildungswissenschaftlichen Fragestellungen reflektiert (Ewers 2018). Insbesondere besteht ein Mangel an didaktisch begründeten Denkansätzen für interprofessionelle Lehr-Lernangebote, die auf die Mikroebene interprofessionellen Lehr-Lernsituationen zielen. Dabei ist festzuhalten, dass sich die Herausforderungen auf der Makro- und Mesoebene gegenseitig beeinflussen und die Umsetzung interprofessioneller Ausbildungsformate auf der Mikroebene mitbestimmen.

Hier setzt der Beitrag an und stellt aus theoretisch-konzeptioneller Perspektive einen Vorschlag zur didaktischen Gestaltung interprofessioneller Lehr-Lernsituationen vor. Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut: Zuerst werden sozialpsychologische und lerntheoretische Ansätze vorgestellt, die als leitende Begründungslinien für interprofessionelle Lernprozesse dienen. Anschließend werden kooperative Methoden als bereichsfeldspezifischer didaktischer Ansatz zur Gestaltung interprofessioneller Lehr-Lernsituationen diskutiert und begründete Konsequenzen für interprofessionellen Unterricht in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege abgeleitet.

2. Bezugstheorien interprofessioneller Ausbildung

Zentrales Ziel der interprofessionellen Bildungsangebote ist es mit einem frühen Kontakt in der Ausbildung negativen Stereotypen und Vorurteilen entgegenzuwirken, da diese die spätere Zusammenarbeit in der Berufspraxis behindern können (WHO 2010; Frenk et al. 2010).

2.1 Vorurteile, Stereotype und Theorien der Entstehung

Nach Aronson, Wilson und Akert ist ein Vorurteil eine „feindselige oder negative Einstellung gegenüber den Mitgliedern einer klar unterscheidbaren Gruppe, und zwar *allein* aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu dieser Gruppe“ (2014, S. 475; h.i.O.). Im Fall von Vorurteilen, z.B. eines Berufsangehörigen der Physiotherapie gegenüber einer anderen Berufsgruppe, z.B. Pflege, würde sich die/der Physiotherapeut*in gegenüber Angehörigen der Berufsgruppe der Pflegenden distanziert verhalten und davon ausgehen, dass alle Fachpersonen der Gruppe der Pflegenden ‚gleich‘ sind.

Vorurteile bestehen aus einer kognitiven Komponente (einem Stereotyp) und können das Verhalten (z.B. im Sinne einer Diskriminierung) beeinflussen (Aronson et al. 2014). Das Stereotyp² als kognitives Element eines Vorurteils ist „eine verallgemeinernde Annahme über eine Gruppe von Menschen, die praktisch all ihren Mitgliedern, unabhängig von tatsächlichen Unterschieden zwischen ihnen, dieselben charakteristischen Merkmale zuschreibt“ (Aronson et al. 2014, 476). Stereotype können negativ oder positiv sein und sich auf körperliche, seelische oder berufsbezogene Merkmale beziehen (ebd.). Dadurch, dass Stereotype die individuellen Unterschiede innerhalb von Personengruppen negieren, können diese Zuschreibungen sowohl für die Person, welcher das Stereotyp nachgesagt wird, als auch für die exkludierende Person zu Fehleinschätzungen führen (Aronson et al. 2014). Dies wäre der Fall, wenn Pflegende als Angehörige des Gesundheitsberufs mit den höchsten empathischen Fähigkeiten gesehen würden, da ihre exklusive Kompetenzzuschreibung gleichzeitig eine stereotypische Abwertung der empathischen Fähigkeiten anderer Gesundheitsberufe bedeutet.

Eine zentrale Erklärung, zur Funktion von Vorurteilen zwischen heterogenen Gruppen bietet die Theorie der sozialen Identität, die von Tajfel und Turner (1979, 1986) als theoretisches Konzept zur Analyse von Intergruppenprozessen entwickelt wurde. Ein zentraler Bestandteil der Theorie ist die ‚soziale Kategorisierung‘. Die soziale Kategorisierung beschreibt die Neigung, Menschen aufgrund bestimmter Merkmale in Gruppen (Eigen- oder Fremdgruppen) einzuteilen. Gleichzeitig sind mit der Kategorisierung Bewertungsprozesse verbunden, die zunächst darauf ausgerichtet sind, für die Gruppe zu der man gehört möglichst viele positive Merkmale zu finden. Das wichtigste Motiv in diesem Prozess stellt die Stärkung des Selbstwertgefühls dar, das über die Identifikation mit einer bestimmten Gruppe gefestigt werden soll. Dabei wird das Selbstwertgefühl jedoch nur gestärkt, wenn sich die eigene Gruppe einer anderen Gruppe überlegen fühlt („Eigengruppenverzerrung“). Es reicht

2 Grundsätzlich erleichtert die Bildung von Stereotypen, aufgrund einer begrenzten Aufnahme- und Verarbeitungskapazität von Informationen, zügig neue Personen und Situationen einzuschätzen (Aronson et al. 2014).

also nicht, dass Angehörige einer Berufsgruppe die Unterschiede in den Aufgaben der verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen wahrnehmen, sondern, sie müssen den Wert ihrer eigenen Aufgaben als höher einschätzen und die andere(n) Gruppe(n) abwerten. Neben der Neigung zu der Eigengruppenverzerrung hat soziale Kategorisierung auch den Effekt der Fremdgruppenhomogenität zur Folge: Die Mitglieder der Fremdgruppe werden homogener in ihren Eigenschaften wahrgenommen als diese tatsächlich sind (Linville, Fischer & Solvey 1989; Quattrone 1986).

Studien zu Stereotypen (ausführlich: Wild & Evers 2017) in den Gesundheitsberufen zeigen u.a., dass die Lernenden nichtärztlicher Gesundheitsberufe Ärzt*innen hohe Führungskompetenzen zuschreiben, während ihre Teamfähigkeiten und Sozialkompetenz geringer eingeschätzt werden. Pflegenden werden von den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe gute praktische Fähigkeiten, eine hohe Sozialkompetenz und Teamfähigkeit, jedoch geringere Führungseigenschaften zugeschrieben – gleichermaßen wie Berufsangehörigen der Physio- und Ergotherapie (Michalec et al. 2013; Hean et al. 2006a, 2006b). Im Vergleich mit Angehörigen der Pflegeberufe schätzen Medizinstudierende ihre Berufsgruppe als kompetenter, leistungsstärker, arroganter, selbstsicherer und gesellschaftlich angesehenener ein (Rudland & Mires 2015).

2.2 Intervention zum Abbau von Vorurteilen und Stereotypen

Eine der wirksamsten Interventionen zum Abbau von Vorurteilen ist ein Kontaktprogramm, welches von Allport (1954/1971) unter dem Begriff der ‚Kontakthypothese‘ begründet wurde. Diese wird ebenso in den Gesundheitsberufen zur Begründung interprofessioneller Lehr-Lernformate herangezogen (u. a. Freeth 2014; Braun et al. 2019). Die Kontakthypothese besagt, dass ein häufiger Kontakt einer Gruppe (*Eigengruppe*) zu Mitgliedern anderer Gruppen (*Fremdgruppen*) die Vorurteile gegenüber diesen Gruppen reduziert. Allport formulierte für den erfolgreichen Abbau von Vorurteilen drei Bedingungen, die in der Kontaktsituation erfüllt sein müssen. Diese beziehen sich auf die Begegnung der Gruppen auf *Augenhöhe und einem ähnlichen Status*, die *Arbeit an gemeinsamen Zielen* und die Begleitung der Interaktion durch Autoritäten oder Institutionen, welche die *Gleichheit der Gruppen im Sinne einer sozialen Norm* unterstützen (Allport 1954/1971).

Sherif und Kolleg*innen (1961) ergänzten diese Bedingungen zudem mit der Notwendigkeit der wechselseitigen Interdependenz, welche in enger Verbindung mit der Erreichung eines gemeinsamen Ziels steht. Weiterhin wurde von Brewer und Miller (1984) hervorgehoben, dass die Interaktion der Gruppenmitglieder durch eine freundliche und zwanglose Umgebung gefördert wird. Zudem sollten in dem Kontaktprogramm mehrere Mitglieder der Fremd-

gruppe kennengelernt werden können, da bei einzelnen Vertretern der Fremdgruppe eher das Stereotyp aufrechterhalten wird und die einzelne Person als Ausnahme betrachtet wird (Wilder 1984).

Die Wirksamkeit des Kontaktprogramms konnte von Pettigrew und Tropp (2006) in einer umfassenden Metaanalyse³ bestätigt werden.

2.3 Didaktische Umsetzung der Kontakthypothese

Die Kontakthypothese wurde in Bildungskontexten erstmals in der ‚Jigsaw-Klasse‘ (engl. für „Puzzle“) von Aronson 1971 nach Aufhebung der Rassentrennung und nachfolgender ethnischer Spannungen im US-Staat Texas unterrichtsmethodisch umgesetzt. Dabei wurde eine Form des kooperativen Lernens entworfen, bei welcher Lernende mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund unter Berücksichtigung der o.g. Bedingungen zusammenarbeiteten. Es konnte gezeigt werden, dass die Methode sehr wirksam ist. Das Selbstwertgefühl und die Leistung der Lernenden einer Minderheit verbesserte sich und Intergruppenfreundschaften wurden gefördert (Aronson 1978; Aronson & Gonzalez 1988).

In den darauffolgenden Jahren wurden vergleichbare kooperative Lernformen entwickelt (u.a. Johnson & Johnson 1987; Slavin 1995). Empirisch erweist sich kooperatives Lernen generell als eine der effektivsten Unterrichtsmethoden. Neben ihrer hohen sozialintegrativen Wirkung sind auch positive motivationale, kognitive und affektive Wirkungen belegt (Slavin 1995). Zur Systematisierung haben Johnson und Johnson (1987) die fünf Basismerkmale kooperativen Lernens ‚positive Interdependenz‘, individuelle Verantwortlichkeit‘, ‚förderliche Interaktionen‘, ‚kooperative Arbeitstechniken‘ und ‚reflexive Prozesse‘ herausgearbeitet. Als herausragendes Merkmal wird die ‚positive Interdependenz‘ gewertet. Dieses Merkmal präzisiert, dass kooperatives Lernen nur stattfindet, wenn die Aufgabe gemeinsam von den Lernenden in wechselseitiger Verantwortung und koordinierter Zusammenarbeit bearbeitet wird (Hasselhorn & Gold 2013).

3. Didaktischer Ansatz zur Gestaltung interprofessioneller Lehr-Lernsituationen

Im Folgenden werden nun kooperative Methoden als bereichsfeldspezifischer didaktischer Ansatz für interprofessionellen Unterricht in den Gesundheitsberufen anhand der Merkmale der Bedingungen der Kontakthypothese und den

3 Die Metanalyse umfasst mehr als 500 Studien (Pettigrew & Tropp 2006).

zentralen Basismerkmalen kooperativen Unterrichts (Johnson & Johnson 1987; siehe ebenso Hasselhorn & Gold 2013) beschrieben und diskutiert. Dabei liegt der Schwerpunkt auf dem Merkmal der ‚positiven Interdependenz‘. Zielperspektive des didaktischen Ansatzes ist es, neben dem Kennenlernen der Expertisen der einzelnen Gesundheitsberufe, personale und interpersonale Kompetenzen (WHO 2010) in der Berufspraxis zu fördern.

3.1 Rahmenbedingungen interprofessionellen Lernens

Als Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung interprofessioneller Lehr-Lernsituationen in den Gesundheitsberufen gilt, dass grundlegende Bedingungen (Allport 1954/1971) zum Abbau von Vorurteilen gewährleistet werden. Alle Lehrenden der beteiligten gesundheitsberufsbildenden Institutionen, wie z.B. der Schulen des Gesundheitswesens oder der Medizinischen Fakultäten, sind aufgefordert, die Gleichwertigkeit der Gruppen im Sinne einer *sozialen Norm* zu unterstützen und in den Lehrveranstaltungen und mit ihrem Verhalten diese Einstellung glaubwürdig zu demonstrieren. Die Auszubildenden und/o-der Studierenden der unterschiedlichen Gesundheitsberufe werden so bestärkt, sich *auf Augenhöhe* zu begegnen und sich selbstbewusst am Austauschprozess zu beteiligen. Die Einübung in kritisch-diskursive Austauschprozesse kann auch damit begründet werden, dass alle Lernenden in den Gesundheitsberufen ihr Handeln am *gemeinsamen Ziel* einer qualitativ hochwertigen und patient*innenorientierten Gesundheitsversorgung ausrichten. Dies bedarf kommunikativer Kompetenzen, die in den Ausbildungsgängen eingeübt werden sollten. Dabei ist zu bedenken, dass ebenso das beteiligte Berufsbildungspersonal Stereotype und Vorurteile entwickelt haben könnte, die ebenso der Reflexion bedürfen. Zur freundlichen und zwanglosen Begegnung sollten räumliche Möglichkeiten geschaffen werden, die gewährleisten, dass alle Mitglieder der interprofessionellen Lerngruppe (*Fremd- und Eigengruppe*) auch über den Unterricht hinaus interagieren können (Brewer & Miller 1984). Zudem ist es wichtig, dass im Unterricht *nicht nur einzelne* Vertreter eines Gesundheitsberufs mitwirken, da diese als Ausnahme von der Regel eingeschätzt werden könnten, wie bereits oben erwähnt (Wilder 1984).

3.2 Interprofessionelles kooperatives Lernen

Kooperative Lehr-Lernsituationen zeichnen sich durch eine *positive Interdependenz* im Sinne einer gegenseitigen Abhängigkeit aus. Dies bedeutet, dass alle Lernenden der beteiligten Gesundheitsberufe durch eine wechselseitige Verantwortung gemeinsam zu einem gelingenden Lernprozess beitragen. Bedingendes Merkmal ist, dass alle Lernenden wissen, dass das angestrebte Ziel der Lehr-Lernsituation nur gemeinsam erreicht werden kann. Entsprechend

können im Unterricht nur Aufgaben eingesetzt werden, die tatsächlich für die Zielerreichung eine koordinierte Zusammenarbeit erfordern (*Zielinterdependenz*) (Hasselhorn & Gold 2013).

Entsprechend kommt der Entwicklung der thematischen Aufgabenstellung eine fachdidaktisch zentrale Bedeutung zu. Die Lernaufgabe sollte inhaltlich auf Problemstellungen bezogen sein, die für alle beteiligten Berufsgruppen im Rahmen einer qualitativ hochwertigen und patient*innenorientierten Gesundheitsversorgung bedeutsam sind. Weiterhin ist wichtig, dass die Aufgabe nur dann erfolgreich bearbeitet werden kann, wenn die Lernenden ihr berufsspezifisches Wissen in einen interdependenten Austausch einbringen und die Vielfalt an Fachwissen der beteiligten Gesundheitsberufe einen Zugewinn an Erkenntnis ermöglicht.

Beispielhaft kann das am Thema Ernährungsmanagement illustriert werden: Das Berufswissen der Einzelberufe verfügt über vielfältige berufliche Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, die in Abhängigkeit von den beruflichen Verantwortungsbereichen je besonderen Erklärungs- und Lösungsmustern folgen. Um für eine individuelle Patient*innensituation einen Behandlungsplan zu erarbeiten, der auf die Besonderheit des Einzelfalls bezogen ist, kann im Diskurs zwischen Pflege, Medizin, Diätassistenten und ggf. weiterer beteiligter Berufe die Verengung der eigenen Perspektive überwunden und ein auf die Komplexität des Einzelfalls bezogener Behandlungsplan erarbeitet werden.

Es ist möglich die kooperative Bearbeitung fallbezogener Aufgaben anhand textbasierter Fallschilderungen interprofessionell anzubieten (Bögemann-Großheim 2009). Es kann jedoch auch interprofessionell und kooperativ an klinischen Fällen im Berufsfeld gearbeitet werden. So erarbeiteten Studierende der Pflege und Medizin in einem Lehrprojekt im Kontext von Ernährungsmanagement in unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitswesens gemeinsam einen interprofessionellen fallbezogenen Behandlungsplan. Anschließend reflektierten sie ihre Erfahrungen und Erkenntnisse zur interprofessionellen Zusammenarbeit sowie zur Einschätzung ihrer Rollen und ihrer Aufgaben beim Ernährungsmanagement (Wesselborg et al. 2019).

Retchin (2008) weist darauf hin, dass Versorgungssettings mit wenig strukturierten Vorgaben, wie z.B. in der rehabilitativen Gesundheitsversorgung, als Praxisorte für interprofessionelle Ausbildung geeignet sind. Hier können ohne Handlungsdruck, anders als in Notfallsituationen, komplexe Fälle interprofessionell erschlossen und reflektiert werden.

Empirisch wird aus der Sicht von Lernenden das Einüben interprofessioneller Zusammenarbeit entlang eines relevanten klinischen Problems bevorzugt, das engagierte Interaktionen ermöglicht (Gilligan, Outram & Levett-Jones 2014).

Für den erfolgreichen Verlauf von kooperativen Lernprozessen sollte Transparenz über die kollektive Gruppenleistung und den individuellen Beitrag der einzelnen Lernenden der Gesundheitsberufe in der Lerngruppe

bestehen. Dadurch wird die *individuelle Bereitschaft zur Eigen- und Mitverantwortung* jedes einzelnen Lernenden gestärkt und gewürdigt. Damit können unerwünschte Nebenwirkungen in Gruppenarbeiten unterbunden werden, wie das sich einzelne kaum beteiligen oder die Arbeitswilligen sich ausgenutzt fühlen. Wenn die Arbeit in einer Gruppe ungleich verteilt ist, führt das zu Ungerechtigkeiten bei der Bewertung bzw. Anerkennung der Leistung (Hasselhorn & Gold 2013). Letztlich kann der Mehrwert an Erkenntnis nur erreicht werden, wenn alle gleichermaßen mit ihren beruflichen Perspektiven zur Aufgabenlösung beitragen.

Die wechselseitige Erschließung von Aufgaben soll nicht zu einer bloßen Arbeitsteilung ohne kooperative Zusammenarbeit führen, sondern *förderliche Interaktionen* einbeziehen. Bei der Erarbeitung eines interprofessionellen Behandlungsplans sollten daher die berufsspezifischen Expertisen der beteiligten Berufsgruppen einfließen und gemeinsame Behandlungsentscheidungen argumentativ ausgehandelt werden. Erst die sozialen Interaktionen ermöglichen das „wechselseitige Erklären und Korrigieren, das Erproben, Verteidigen und Modifizieren von Standpunkten und das Erkennen und Akzeptieren unterschiedlicher Perspektiven“ (Hasselhorn & Gold 2013, 311). Dies stellt ein Merkmal zur Förderung personaler Kompetenzen dar und unterstützt die Lernenden ein Verständnis zu den berufsspezifischen Rollen, Verantwortlichkeiten und dem Fachwissen der anderen Gesundheitsberufe zu entwickeln.

Kooperatives Lernen ist nur erfolgreich, wenn die Lernenden ein Interesse haben „angemessen miteinander zu kommunizieren, ein vertrauensvolles Gruppenklima aufzubauen, Führungsaufgaben zu übernehmen und anzuerkennen, sich einer Führung unterzuordnen und Kontroversen konstruktiv zu bewältigen“ (Hasselhorn & Gold 2013, 311) und damit *kooperativ zu arbeiten*. Deshalb sind kommunikative Kompetenzen grundlegende Voraussetzungen für kooperative Lernprozesse. Denn es fällt den Gruppenmitgliedern leichter ihre Ideen und ihre persönlichen Meinungen mitzuteilen, wenn sich die einzelnen Mitglieder der Wertschätzung und der Akzeptanz uneingeschränkt sicher sein können. Dazu gehört ebenso die Klärung von möglichen Konflikten. Letztendlich sollen diese personalen Kompetenzen die konstruktive Zusammenarbeit in der Berufspraxis gewährleisten und nehmen in den internationalen Kompetenzmodellen für interprofessionelle Ausbildung eine zentrale Rolle ein (u. a. WHO 2010). Konflikte sind bei Gruppenarbeiten oder auch in der Berufspraxis unvermeidlich oder auch erwünscht, da sie zur Klärung eines inhaltlichen Sachverhaltes beitragen können. Dabei sollten Argumentationsbeiträge nicht ohne Bedenkzeit in falsch oder richtig kategorisiert werden, sondern zunächst unter dem Merkmal des ‚Mehrwerts‘ betrachtet werden (Hasselhorn & Gold 2013). Diese notwendige Facette interprofessionellen Lernens könnte als fachdidaktische Herausforderung durch evtl. bestehende Vorurteile und negative Stereotype betrachtet werden.

Die kommunikativen Fähigkeiten der interprofessionellen Lerngruppe können zum einen als Voraussetzung für die gemeinsamen Austauschprozesse gewertet werden. Gleichzeitig werden diese durch die Einübung in Austauschprozesse und interprofessionelle Diskurse gestärkt und gefördert. Mit Hilfe von Feedback-Methoden kann die Zusammenarbeit kontinuierlich reflektiert werden.

Zur Förderung metakognitiver Erkenntnisse ist es notwendig, dass sich die Lernenden über hilfreiche oder den Lernverlauf beeinträchtigende Gruppenprozesse, sowie über die Tragfähigkeit eingeschlagener Bearbeitungswege austauschen und Reflexionskompetenzen einüben (Hasselhorn & Gold 2013). Ebenso sollten sie gemeinsam ihre Erfahrungen und Erkenntnisse zur interprofessionellen Zusammenarbeit und deren Bedeutung für eine Optimierung der Patient*innenversorgung evaluieren.

4. Fazit und Ausblick

Dieser Beitrag konzentrierte sich auf einen spezifischen didaktischen Ansatz zur Umsetzung interprofessioneller Ausbildung in den Gesundheitsberufen. Mit Hilfe dieses Ansatzes können insbesondere bestehende Vorurteile und Stereotype in den Gesundheitsberufen überdacht und verändert werden. Dies stellt eine wesentliche Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit dar. Für ein vollständiges didaktisches Modell ist vor allem die konzeptionell-theoretische Weiterarbeit und empirische Forschung zur Identifizierung spezifischer berufsübergreifender konkreter Inhalte und Ziele notwendig, die sich für die interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen eignen.

Literatur

- Allport, G. W. (1954/1971). *The nature of prejudice*. Reading: Addison-Wesley.
- Aronson, E. (1978). *The jigsaw classroom*. Beverly Hills: CA: Sage.
- Aronson, E., Akert, R.M. & Wilson, T.D. (2014). *Sozialpsychologie*. Hallbergmoos: Pearson.
- Aronson, E. & Gonzalez, A. (1988). Desegregation, jigsaw and the Mexican-American experience. In P. A. Katz & D. Taylor (eds.), *Towards the elimination of racism: Profiles in controversy* (pp. 310–330). New York: Plenum.
- Barr, H. (2017). *Interprofessional Education – a review*. Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) (2002). Online: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h> (14.12.2020).

- Braun, B., Grünewald, M., Adam-Paffrath, R., Wesselborg, B., Wilm, S., Schendel, L., Hoenen, M., Müssig, K. & Rothhoff, T. (2019). Impact of interprofessional education for medical and nursing students on the nutritional management of in-patients. *GMS Journal for Medical Education*, 36(2), Doc11.
- Bögemann-Großheim, E. (2009). Berufsübergreifende Qualitätskriterien – Ergebnisse der AQiG-Expertengruppe. In T. Bals (Hrsg.), *Wege zur Ausbildungsqualität – Stand und Perspektiven in den Gesundheitsberufen* (S. 55–71). Paderborn: Eusl.
- Brewer, M. B. & Miller, N. (1984). Beyond the contact hypothesis: Theoretical perspectives on desegregation. In N. Miller & M. B. Brewer (eds.), *Groups in Contact: The psychology of desegregation* (pp. 281–302). New York: Academic Press.
- Carpenter, J. & Dickinson, C. (2016). Understanding interprofessional education as an intergroup encounter: The use of contact theory in program planning. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 103–108.
- Cichon, I. & Klapper, B. (2018). Interprofessionelle Ausbildungsansätze in der Medizin. *Bundesgesundheitsblatt*, 61(2), 195–200.
- Densen P. (2011). Challenges and opportunities facing medical education. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 122, 48–58.
- Ewers, M. (2018). Interprofessionelles Lernen und Lehren im Gesundheitsbereich – ein Plädoyer für mehr bildungswissenschaftliche Reflexion und Nachwuchsförderung. In I. Thierfelder & H. Wild (Hrsg.), *Interprofessionelles Lehren und Lernen im Berufsfeld Gesundheit – INFLiGHT: Working Paper No. 18-01* (S. 3–7). Berlin.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2019). Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten auf holprigen Wegen. In M. Ewers, E. Paradis, & D. Herinek (Hrsg.), *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis* (S. 55–79). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Fachkommission (2020). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz*. Online: <https://www.bibb.de/de/86562.php> (14.12.2020).
- Freeth, D. (2014). Interprofessional education. In T. Swanwick (ed.), *Understandig Medical Education: Evidence, Theory and Practice* (pp. 81–96).
- Frenk, J., Chen, L. et al. (2010). *Health professions for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. The Lancet. Deutsche Übersetzung. Online: <http://www.careum.ch/lancet-report> (14.12.2020).
- Gilligan, C., Outram, S. & Levett-Jones, T. (2014). *Recommendations from recent graduates in medicine, nursing and pharmacy on improving interprofessional education in university programs: A qualitative study*. BMC Medical Education, 14, 52.
- Hasselhorn, M. & Gold, A. (2013). *Pädagogische Psychologie: Erfolgreiches Lernen und Lehren. Standards Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hean, S., Clark, J. M., Adams, K., & Humphris, D. (2006a). Will opposites attract? Similarities and differences in students' perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups. *Journal of Interprofessional Care*, 20(2), 162–181.
- Hean, S., Macleod Clark, J. Adams, K., Humphris, D. & Lathlean, J. (2006b). Being seen by others as we see ourselves: the congruence between the ingroup and out-group perception of health and social care students. *Learning in Health and Social Care*, 5(1), 10–22.
- Johnson, D. W. & Johnson, F. P. (1987). *Joining together: Group theory and group skills*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Kent, F. & Keating, J. (2013). Patient outcomes from a student-led interprofessional clinic in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 27(4), 336–338.
- Linville, P. W., Fischer, G. W. & Salovey, P. (1989). Perceived distributions of the characteristics of in-group and out-group members: Empirical evidence and a computer simulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 165–188.
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland (MFT) (2015). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog (NKLM)*. Online: http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf (14.12.2020).
- Menning, S. (2006). *Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-370196> (14.12.2020).
- Michalec, B., Giordano, C., Arenson, C., Antony, R. & Rose, M. (2013). Dissecting first-year students' perceptions of health profession groups: Potential barriers to interprofessional education. *Journal of Allied Health*, 42(4), 202–213.
- Nock, L. (2016). Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program "Operation Team". *GMS Journal for Medical Education*, 33(2), Doc16.
- Pettigrew, T. F. & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751–783.
- Quattrone, G.A. (1986). On the perception of a group's variability. In S. Worchel & Austin W. G. (eds.), *Psychology of intergroup relations* (2nd ed., pp. 25–48). Chicago: Nelson-Hall.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFayden, A., Rivera, J. & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: Beme Guide No. 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656–668.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3), CD002213.
- Retchin, S. M. (2008). A conceptual framework for interprofessional and co-managed care. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(10), 929–933.
- Rudland, J. R. & Mires, G. J. (2005). Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school: Implications for shared teaching. *Medical Education*, 39(5), 448–455.
- Sachverständigenrat (SVR) (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Bonn.
- Sachverständigenrat (SVR) (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn.
- Sherif, M., Harvey, O. J., White, J., Hood, W. & Sherif, C. W. (1961). *Intergroup conflict and cooperation: The robber's cave experiment*. University of Oklahoma: Norman: Institute of Intergroup Relations.
- Slavin, R. E. (1995). *Cooperative learning: Theory, research, and practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Sottas, B. (2015). Perspektiven der Berufsbildungsforschung in einer intersektoralen Gesundheitsbildungspolitik. In Weyland, U., Kaufhold, M., Nauerth, A., & Rosowski, E. (Hrsg.), *bwp@Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*. Online: http://www.bwpat.de/spezial10/sottas_gesundheitsbereich-2015.pdf (14.12.20).

- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of social contact. In W. Austin & S. Worchel (eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33–47). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. Austin (eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7–24). Chicago: IL.
- Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E. G., Kaap-Fröhlich, S., Karstens, S., Reiber, K., Stock-Schröer, B. & Sottas, B. (2015). Position statement GMA Committee "Interprofessional Education for the Health Care Professions". *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 32(2), Doc22.
- Weisz, G. (2006). *Devine and conquer. A comparative history of medical specialization*. Oxford University Press, Oxford New York.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Genf.
- Wesselborg, B., Hoenen, M., Adam-Paffrath, R., Kuske, S., Schendel, L., Grünewald, M., Wilm, S. & Rotthoff, T. (2019). Interprofessional nutrition management– implementation and evaluation of a course for medical and nursing students using research-based learning method. *GMS Journal for Medical Education*, 36(6), Doc68.
- Wild, H. & Ewers, M. (2017). Stereotype von Lernenden in den Gesundheitsprofessionen – Perspektiven für die Forschung zum interprofessionellen Lernen, Lehren und Arbeiten. *International Journal of Health Professions*, 4(2), 79–89.
- Wilder, D. A. (1984). Intergroup contact: The typical member and the exception to the rule. *Journal of Experimental Social Psychology*, 20(2), 177–194.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin.